IX kadencja



KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

Komisja Zdrowia

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego (nr 15)**

z dnia 27 września 2022 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego (nr 15)

27 września 2022 r.

Podkomisja stała do spraw zdrowia publicznego, obradująca pod przewodnictwem posła **Marka Hoka (KO)**, przewodniczącego podkomisji, rozpatrzyła:

– informację na temat profilaktyki onkologicznej oraz efektywności programów przesiewowych w dziedzinie onkologii.

W posiedzeniu udział wzięli: **Michał Dzięgielewski** dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, **Maciej Karaszewski** zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Marzanna Bieńkowska** dyrektor Departamentu Dialogu Społecznego i Komunikacji Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Agnieszka Kalita** doradca ekonomiczny w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Anna** Andrzejczak prezes zarządu Fundacji Onkologia 2025, **Piotr Fonrobert** i **Jan Salamonik** członkowie zarządu Fundacji Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, **Michał Kamiński** i **Andrzej Nowakowski** członkowie Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, **Dorota Korycińska** prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Janusz Meder** prezes Polskiej Unii Onkologii, **Aleksandra Rudnicka** rzecznik Stowarzyszenia na Rzecz Walki z Chorobami Nowotworowymi SANITAS, **Aleksandra Wilk** koordynator w Sekcji Raka Płuca Fundacji „TO SIĘ LECZY", **Wojciech Wiśniewski** ekspert Federacji Przedsiębiorców Polskich" oraz **Marek Wleklik** członek Izby Gospodarczej „Farmacja Polska".

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Jakub Stefański** oraz **Małgorzata Siedlecka-Nowak** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego. Chciałbym przywitać członków podkomisji i zaproszonych gości. Stwierdzam kworum, które wcześniej ustaliliśmy. Porządkiem dzisiejszego posiedzenia jest rozpatrzenie informacji na temat profilaktyki onkologicznej oraz efektywności programów przesiewowych w dziedzinie onkologii.

Czy są jakieś uwagi do porządku obrad ze strony parlamentarzystów? Uwag nie słyszę, więc możemy przystąpić do realizacji porządku dziennego.

Chciałbym tylko poinformować, że wszystkie materiały są dostępne w wersji elektronicznej w folderze SDI na iPadach oraz zostały rozesłane posłom na pocztę mailową. Informuję równocześnie, że wpłynęło upoważnienie dla pana Michała Dzięgielewskiego, dyrektora Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia, do reprezentowania ministra zdrowia na posiedzeniu naszej podkomisji.

Pozwolę sobie na początku przywitać wszystkich państwa i też podzielić się pewnymi uwagami, że poprawa najważniejszych wskaźników epidemiologicznych dotyczących skuteczności opieki onkologicznej jest niemożliwa bez zapewnienia efektywnych, powszechnie dostępnych badań przesiewowych, o których właśnie dzisiaj będziemy mówili, a kluczowym elementem jest uzyskanie jak największego odsetka osób uczestniczących w programach badań przesiewowych w grupach docelowych.

Niestety, o niektórych tych programach, projektach, mamy niepokojące informacje. Narodowy Fundusz Zdrowia informuje 1 września br., że odsetek objęcia programem na przykład profilaktyki raka szyjki macicy wynosi niestety 14%–15%, co chyba dla nas

wszystkich tutaj jest wskaźnikiem dramatycznym. Zresztą też w przypadku mammografii od wielu lat ten odsetek jest na poziomie 36%–37%.

Przy okazji przypomnę tylko, że mieliśmy duże nadzieje związane z wprowadzeniem Funduszu Medycznego. Było zapowiadane, że jednym z zadań w jednym z subfunduszy będzie również przekazanie środków dla samorządów na realizację badań przesiewowych w zakresie onkologii. Do dzisiaj, niestety, od dwóch lat nie uzyskaliśmy żadnej informacji na temat tego, żeby te fundusze ruszyły. Myślę, że może dzisiaj dowiemy się na ten temat trochę więcej. Tak więc celem dzisiejszej dyskusji miało być właśnie przedstawienie przez ministra zdrowia aktualnych doniesień odnośnie do badań przesiewowych i programów profilaktycznych, no i oczywiście później zaproszę wszystkich państwa, którzy przyjęli zaproszenie na nasze spotkanie, do dyskusji. Poproszę o pytania i ewentualne propozycje.

Tak więc rozpoczynamy. Panie dyrektorze, bardzo proszę o prezentację. Ona jest dość obszerna, ale myślę, że pan dyrektor, z dużym doświadczeniem i wiedzą, potrafi to przedstawić w sposób skondensowany, bo każdy z państwa te materiały pewnie otrzymał i mógł z nimi się zapoznać. Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Michał Dzięgielewski:

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, szanowni państwo, czuję się w stałym gronie. Profesorze – bić będziemy potem.

Materiał jest taki długi, bo trzeba było pokazać cały zasób programów profilaktycznych, które są realizowane z mniejszym lub większym efektem. Faktycznie potem na końcu staną zapewne argumenty odnośnie do tego programu, który pozwala nam na szorstką przyjaźń, współpracę i wymianę poglądów co jakiś czas, ale ogólnie rzecz biorąc, dostrzegamy problemy związane z onkologią. Dostrzegamy problemy związane z profilaktyką, natomiast wydaje mi się, że trochę do nich nie dorośliśmy w pewnym sensie jako społeczeństwo.

Pragnę zwrócić uwagę na to, że uruchomiliśmy pogram 40 plus, który wydawał się być bardzo prosty w swojej istocie. To znaczy, można po prostu wykorzystać pewnego rodzaju bon na wykonanie badań, które pozwolą nam ocenić zgrubnie podstawowe parametry laboratoryjne i pewne parametry fizykalne związane ze stanem naszego organizmu. Jakoś ten program nie chce się przetrzeć.

Podobnie się dzieje z programami profilaktycznymi od dłuższego czasu. One niekoniecznie się przyjęły. Cały czas jesteśmy przy dość niskim odsetku – mamy jakby niski poziom świadomości. O tym też trzeba pamiętać układając potem ewentualne założenia i układając pewnego rodzaju promocję związaną z programami profilaktyki zdrowotnej, ale także wiążąc pewne środowiska, o czym będę mówił potem. I jest to problem znacznie szerszy niż ten, który jest zawsze podkreślany, bo zawsze mówi się o cytologii, zawsze mówi się o mammografii i zawsze mówi się o profilaktyce raka jelita grubego. Te trzy programy są sztandarowymi, dobrze opracowanymi programami ze wskaźnikami światowymi, natomiast zasób działań prowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia oraz inne resorty jest szerszy niżby wynikało tylko z tych prostych programów.

Czynnikami choroby nowotworowej, w kontekście najważniejszych czynników ryzyka, są nieprawidłowa dieta, alkohol i palenie tytoniu. Odpowiednie programy też się znajdują, odpowiednie zagadnienia edukacyjne, odpowiednie działania skierowane do społeczeństwa – powiedzmy, ograniczanie możliwości nabycia alkoholu, podnoszenie akcyzy, ograniczanie możliwości kupowania po pewnych godzinach. Mamy Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych PARPA, do której idą środki z akcyz. Pragnę przypomnieć, że w takich działaniach, jak na przykład obłożenie wyższym podatkiem „małpek”, które były tak naprawdę zmorą i polskim wynalazkiem... Taką „małpkę” bardzo fajnie rano się kupowało idąc do pracy, natomiast problem rzeczywiście był gigantyczny i tego było mnóstwo na ulicach. Należało jednak utrudnić dostęp do tego, ponieważ „małpkę” dużo łatwiej schować w kieszeni.

Jeżeli chodzi o dzieci, są adresowane działania edukacyjne związane z otyłością, z nadwagą, bo to jest jeden z czynników ryzyka późniejszej choroby nowotworowej. Te nieprawidłowe zachowania na samym początku potem owocują. Oczywiście dokładne

działania z tym związane mają państwo w materiale, który przekazaliśmy. Zgodnie z sugestią pana przewodniczącego nie będę się starał odczytywać tego wszystkiego.

Kolejna profilaktyka, to profilaktyka antynikotynowa. Też od 1 stycznia 2018 r. prowadzone są działania związane z Narodowym Programem Zdrowia. Są to działania zaplanowane do roku 2025.

Pragnę też przypomnieć, że znacząco ograniczyliśmy możliwość palenia papierosów w przestrzeni publicznej. Kiedy to było? 8 lat temu wprowadziliśmy to ograniczenie i nie można palić, tak naprawdę, w restauracjach. Państwo pamiętają, ile kiedyś tam było dymu. Podobnie jest z miejscami pracy, ze wszystkimi innymi przestrzeniami publicznymi. Są to jednak zachowania, które ograniczają nie tylko możliwość palenia przez tych, którzy palą, ale przede wszystkim palenie bierne, które było równie uciążliwe i na dodatek trudniejsze do zwalczenia niż palenie aktywne.

Jeżeli chodzi o programy profilaktyczne, te które są jakby sercem dzisiejszego tematu, to program badań przesiewowych raka jelita grubego to jest program, odnośnie do którego ja sam mam wielkie wyrzuty sumienia i wymieniamy się z panem profesorem różnymi myślami i dialogami przez dłuższy czas. Rzeczywiście były pewne opóźnienia w prowadzeniu tego programu związane z koniecznością przetłumaczenia tego, co było robione w ramach Programu Polityki Zdrowotnej, w ramach Ministerstwa Zdrowia na język funduszowy, czyli na możliwość realizacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia, gdzie siłą rzeczy będzie to inaczej wyglądało.

Nie da się przenieść tego wszystkiego 1:1. Po długiej, bardzo długiej wycieczce, pan profesor przyzna, ogłoszone są już pierwsze postępowania i tak naprawdę będzie można kontraktować te ośrodki. Mamy tutaj – biję się w pierś – 9 miesięcy opóźnienia. Jesteśmy przez cały czas w dialogu, bo zasadniczo ten temat poruszany jest na każdym spotkaniu Narodowej Rady Onkologii, przy każdej strategii jest omawiany i tu próbujemy z tego jakoś wybrnąć. Narodowy Fundusz Zdrowia, na szczęście, przedstawił pewne rozwiązania, jeżeli chodzi o sam rejestr związany z rakiem jelita grubego, bo musimy pamiętać, że badania to nie tylko i wyłącznie samo wykonanie, ale także potem możliwości analizy wyników, które z tego płyną.

Pragnę też powiedzieć, że jeżeli chodzi o kolonoskopię, ona była dostępna przez cały ten czas, bo kolonoskopia może być realizowana na dwa sposoby. Pierwszy, to w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, gdzie jest świadczeniem gwarantowanym już od dawien dawna. Dodatkowo do tego badania wprowadzono teraz możliwość podania znieczulenia, czego wcześniej tam nie było, co było pewną barierą dla sporej liczby pacjentów. I tu kontrakty, i tu pracownie endoskopowe pracowały przez cały czas. Tak więc ewentualne endoskopie mogły być realizowane. Natomiast mamy opóźnienie z programem profilaktyki raka jelita grubego, który jest przeznaczony zasadniczo dla osób zdrowych bez żadnych objawów, z ewentualnych grup ryzyka. Tak więc, jeżeli są jakiekolwiek objawy, jeżeli potrzeba szybkiego zrobienia kolonoskopii, tam ten program jest cały czas czynny.

Skala wykonanych kolonoskopii – to były lata 2020–2021 – to jest 80–90 tys. kolonoskopii rocznie. Jest to więc dość duża liczba, jeżeli chodzi o dostęp pacjentów do tego badania.

Jeżeli chodzi o profilaktykę raka szyjki macicy – to co powiedział pan przewodniczący – odsetek pacjentek, które są objęte programem profilaktycznym, to 13,84%, ale to nie jest pełna rzeczywistość. To znaczy, musimy pamiętać, że program profilaktyczny jest rzeczywiście obwarowany na każdym etapie pewnymi założeniami. Jest sprawdzany, jest weryfikowany a poprawność wykonywania samej cytologii jest kontrolowana poprzez ośrodki krajowe.

Proszę zwrócić uwagę na to, że w ramach programu profilaktyki zdrowotnej przebadano 280 tys. pacjentek, natomiast poza tym programem – czyli jednak miało wykonaną cytologię – 558 tys., pacjentek, a więc dwa razy więcej. Nie jest więc tak, że tylko 14% wykonywało badanie cytologiczne.

W ramach środków, które były przeznaczone na wykonywanie cytologii, badanie wykonywało tak naprawdę 40% populacji. Do tego musimy dodać jeszcze wszystko

to, co nam umyka, czyli cytologie wykonywane w gabinetach prywatnych, które też są wykonywane bardzo często.

Oczywiście dobrze by było stworzyć takie warunki, żeby wszystkie cytologie przechodziły przez program profilaktyczny. Byłoby to ideałem, ale wymagałoby też pewnego rodzaju rewolucji w sposobie naszego myślenia. Dopiero wtedy, kiedy one będą przechodziły przez program przesiewowy, będą robione w kontrolowanych warunkach. Wydaje mi się, że to powinien być jakiś trop dla nas na przyszłość i to powinniśmy zrobić, nie mówiąc o tym, że mamy nadzieję, iż wprowadzenie raportowania zdarzeń medycznych do platformy P1, które – przypominam – dotyczy nie tylko tych podmiotów, które realizują świadczenia w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, ale wszystkich placówek opieki zdrowotnej, pozwoli nam wreszcie dowiedzieć się, jaki naprawdę odsetek pacjentek ma wykonywaną co roku cytologię. Może się okazać, że ten odsetek jest znacznie wyższy, tylko – tak jak mówię – gdyby wszystko było robione w kontrolowanych warunkach, być może te statystyki byłyby lepsze.

No i mamy jeszcze oczywiście program profilaktyki raka piersi, czyli mammografię składającą się z dwóch etapów. Pierwszy, to jest etap diagnostyki podstawowej. Drugi, pogłębionej. Jest to badanie, które przysługuje co 24 miesiące u pacjentek w wieku od 50 do 69 lat. Tutaj statystyki wydają się być nieco lepsze niż w programie cytologii – to jest około 35% – ale tutaj z kolei nie mamy tego tła. Mammografii nie robi się prywatnie praktycznie rzecz biorąc. Mammografii nie robi się w ramach innych świadczeń. Zasadniczo można przyjąć, że ta 1/3 populacji to jest cała populacja, która jest poddawana badaniom.

Co robimy, żeby móc zachęcić pacjentów, pacjentki, do szerszego, lepszego korzystania? Oczywiście trzeba stworzyć warunki, w których ktoś będzie ich pilnował. Od 1 lipca 2022 r. zaczynamy zmieniać sposób działania podstawowej opieki zdrowotnej. Początkowo były to działania nakierowane na to, żeby wprowadzić dodatkowe badania, które będą finansowane z odrębnych środków, których nie można wykorzystać na nic innego. To znaczy, jeżeli lekarz POZ-u nie wyda tych pieniędzy na badania dla swojej populacji, pieniądze przepadają.

Czyli tak naprawdę, w pewien sposób zmuszamy wszystkich albo umożliwiamy wszystkim robienie badań i jednocześnie uniemożliwiamy to, żeby na nich oszczędzać, co bardzo często się zdarzało, jak państwo wiedzą, czyli że jeżeli nie wydam pieniędzy na badania to więcej pieniędzy zostaje mi w kieszeni. Tak więc w tych momentach tego już nie będzie. Natomiast jednocześnie wprowadzamy wskaźniki czy korekty związane z objęciem populacji badaniami profilaktycznymi.

Na pierwszy ogień poszło to, co wykonuje się bezpośrednio w podstawowej opiece zdrowotnej, czyli skierowaliśmy tam pewnego rodzaju współczynniki związane ze zwiększonym objęciem własnej populacji profilaktyką chorób układu krążenia. Nie jest to onkologiczne, więc nie będziemy o tym wspominali, że to zmienialiśmy, ale to takie wskaźniki, które będą mówiły, po pierwsze, o wzroście objętej populacji, a po drugie, o wysokości. To znaczy, żeby coś było dla tych, którzy zawsze realizowali program profilaktyczny, czyli mają wysokie wskaźniki objęcia populacji – bo są poszczególne podmioty w podstawowej opiece zdrowotnej, które potrafią pacjentki zachęcać – ale także dla tych, którzy wykonali wysiłek i w odpowiedzi na pojawienie się tych wskaźników zwiększyli możliwości dotarcia.

Wprowadziliśmy także funkcję koordynatora w podstawowej opiece zdrowotnej. Z tego, co wiem, Narodowy Fundusz Zdrowia planuje w dalszej kolejności objęcie tymi współczynnikami właśnie programów, o których mówimy dzisiaj, czyli związanych czysto z onkologią. Czyli, im większa populacja będzie objęta cytologią, im większa populacja uprawnionych pacjentów będzie objęta mammografią, to na tych samych zasadach będziemy jakby dodatkowo płacić za jakość, za wykonaną pracę w tym celu, żeby pacjentki zachęcić do udania się na badania, które należą się im bezpłatnie i które, tak naprawdę, populacyjnie pozwolą nam osiągnąć na samym końcu jakieś sensowne rezultaty, jeżeli chodzi o wyłapywanie ewentualnych nowotworów we wczesnej fazie.

Dla porządku tylko powiem, że polityka onkologiczna jest jeszcze realizowana w ramach Programu Operacyjnego Wiedza, Edukacja, Rozwój lata 2014–2020, gdy przetestowano wiele różnych programów profilaktycznych. Państwo zapewne wiedzą,

że w ubiegłym tygodniu był tydzień świadomości raka głowy i szyi, i tam też był odpowiedni program profilaktyczny z tym związany. On bardziej polegał na tym, że były określone ośrodki, w których skupiali się eksperci i lekarze specjaliści związani właśnie z tym rodzajem nowotworu, bo takich ośrodków nie jest dużo. Były pewne czynniki, które pozwalały skierować pacjenta na to, żeby znaleźć wcześniej te przyczyny. Jest to znowu jeden z nowotworów, które są wykrywane późno i w takiej formie, która nie pozwala na osiągnięcie dobrych efektów.

W ej chwili prowadzone są rozmowy na temat tomografii niskoemisyjnej, jeżeli chodzi o profilaktykę raka płuca. W ramach programów, o których mówił pan przewodniczący, skierowanych do samorządów z kolei, zastanawialiśmy się, od czego by zacząć. Zaczynamy może nie od programu onkologicznego, ale od programu związanego z osteoporozą po to, żeby móc go udostępnić jak najszerzej i w jak największej liczbie powiatów, bo – tak jak mówię – będą to programy kierowane do samorządów i to samorządy będą stroną w tej umowie z Ministerstwem Zdrowia. To one muszą w jakiś sposób zorganizować opiekę nad swoimi pacjentkami. Ten program jest jakby mniej rozbudowany, mniej skomplikowany, dużo łatwiej będzie skompletować. Mamy więc nadzieję, że nie będzie to program realizowany tylko w dużych miastach, ale każdy samorząd będzie w stanie móc to realizować i móc to dla swoich pacjentek zabezpieczyć w ramach środków Ministerstwa Zdrowia. To może przed dyskusją tyle.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie dyrektorze. Niestety, jeżeli chodzi o raka szyjki to rzeczywiście jesteśmy chyba w ogonie Europy, jeżeli chodzi o przeżywalność. Szczepienia HPV, o których mówimy od wielu, wielu lat – wszystkie środowiska domagają się tych szczepień. Ciągle słyszymy zapewnienia, że będą. Fundusz Medyczny miał również zabezpieczyć środki na te szczepienia, ale czekamy. Myślę, że się doczekamy.

Chyba smutnym statystycznie faktem jest to, że w Polsce w roku 2020 było ponad 3800 nowych zachorowań na raka szyjki. Zmarło ponad 1600 kobiet. Jestem lekarzem, więc akurat trochę pamiętam ten temat, że do Polski – co powinno być dla nas chyba wstydem – przyjeżdżają młodzi lekarze ze Skandynawii, z Europy i oglądają na żywo, jak wygląda rak szyjki, bo praktycznie w większości krajów można to tylko oglądać na zdjęciach w atlasach. Dlatego też myślę, że warto o tym mówić i w tym właśnie gronie chciałbym państwa poprosić o wypowiedzi. Wśród parlamentarzystów poza mną nikt pytań nie będzie zadawać.

Tak więc otwieram dyskusję. Proszę tylko przedstawiać się do mikrofonu w celach proceduralnych. Bardzo proszę.

Prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:

Dzień dobry. Dorota Korycińska, Ogólnopolska Federacja Onkologiczna, Rada Organizacji Pacjentów przy ministrze zdrowia, szefowa Zespołu ds. profilaktyki przy Radzie Organizacji Pacjentów przy ministrze zdrowia. Mam kilka pytań. Mam nadzieję, że uzyskam odpowiedzi.

Pozwolę sobie zacytować fragment wypowiedzi pana dyrektora, że „nie dorośliśmy jako społeczeństwo" i że „mamy w Polsce niski poziom świadomości programów profilaktycznych". Nie chcę tutaj polemizować z tym określeniem, że „nie dorośliśmy jako społeczeństwo", natomiast stawiam tezę, że społeczeństwo jest po prostu niewyedukowane i mówienie o profilaktyce bez tego podstawowego obszaru, jakim jest edukacja zdrowotna, której nie ma, jest moim zdaniem zupełnie bezpodstawne.

Nie można wymagać od ucznia, żeby napisał pracę klasową z matematyki, jeżeli nie będzie miał wyłożonego tego materiału. Proponuję więc i proszę o to w imieniu pacjentów – nie oceniajmy, nie krytykujmy pacjentów za to, że nie mają wiedzy. Wiedza nie jest rzeczą wrodzoną, tylko to jest coś nabytego i dopóki nie będziemy – mówię my, jako Polacy – edukować w tym zakresie, dopóty efekty – taką tezę stawiam – będą nadal bardzo mierne. Bez edukacji zdrowotnej, krótko mówiąc, ani rusz. I to jest podstawa.

Następny obszar po zapewnieniu tej edukacji, to jest informacja. Panie dyrektorze, informacja o programach profilaktycznych jest naprawdę fatalna, proszę uwierzyć. Już mówiłam na tej sali chyba dwa czy trzy razy, ale powtórzę jeszcze raz – proszę zajrzeć

na stronę Ministerstwa Zdrowia i znaleźć tam stronę o cytologii. Tam jest napisane, po co itd., natomiast nie ma informacji, gdzie ktoś, kto chciałby zrobić cytologię, może tę cytologię zrobić. Nie ma żadnego linka, nie ma żadnego pokierowania. Strona jest nieaktualizowana od 2018 r.

Trzeci element to dostępność. Dobrze wiemy, że są takie obszary, w których mieszkańcy nie mają jak dojechać na badania profilaktyczne. To dotyczy również programu Profilaktyka 40 plus. Sprawdziłam miasteczko, z którego pochodzę, na Warmii i Mazurach – najbliższe miejsce, gdzie mieszkańcy 11–12-tysięcznego miasteczka mogliby zrobić badania jest 30 km dalej, w Ostródzie. To z pewnością nie ułatwia, a wręcz uniemożliwia wykonywanie wielu badań profilaktycznych.

Walka z nikotynizmem. Ile w Polsce jest poradni? Kilka. Na 36-milionowy kraj tych poradni jest zaledwie kilka. Jak więc mamy walczyć z tym nikotynizmem? Naklejki na papierosach i ograniczenia... Bardzo jestem zadowolona z tych ograniczeń w miejscach publicznych, ale to nie wszystko. Musimy pomóc ludziom, którzy chcieliby wyjść z nałogu, ale nie ma jak pomóc. Nie jest prawdą, że człowiek, jeśli chce, to sam rzuci palenie. To jest walka z uzależnieniem.

Mam jeszcze pytania, takie konkretne, o efektywność. Zadawałam te pytania również na tej sali kilka miesięcy temu, a może rok temu, i zadam je ponownie. Jeżeli chodzi o efektywność, ile nowotworów, jakie to były nowotwory, w jakim stopniu zaawansowania zostały wykryte dzięki badaniom przesiewowym. Które nowotwory są wykrywane? Jaka jest dalej ścieżka pacjenta? Czy to jest w ogóle w jakikolwiek sposób monitorowane?

Kiedyś prosiłam pana dyrektora Juszczyka o to, żeby wprowadzić właśnie takie badania, jakie nowotwory są wykrywane, ile i jaki jest stopień zaawansowania i jaka jest dalej ścieżka pacjenta. Jak się okazało, właściwie nie miał on takiej informacji. Chciałabym się więc dowiedzieć, kto taką informację ma. Nie wyobrażam sobie mówienia o efektywności tylko w tym sensie, ile osób zostało przebadanych. Mnie interesuje, co z tego przebadania wynikło, czy zostały jakieś wnioski wyciągnięte. Wydaje mi się, że to są dane, które, żeby poważnie zajmować się profilaktyką, muszą być też bardzo poważnie potraktowane, bo z takich danych można bardzo dużo wywnioskować.

Tak więc z tego miejsca chciałabym apelować, po pierwsze, o edukację. O porządną, prawdziwą edukację zdrowotną. O to, żeby tak projektować programy, jak na przykład program Profilaktyka 40 plus, żeby z niego mogli skorzystać... Bo jak pytałam chyba rok temu właśnie o ten program to się okazało, że to jest tak naprawdę program dla dużych miast. Skorzystali mieszkańcy Warszawy, Poznania, Gdańska – dużych miast, natomiast nie skorzystali z niego mieszkańcy małych miejscowości.

Jeszcze jedna taka moja uwaga na boku. Ten program jest bardzo słabo reklamowany. Naprawdę, proszę uwierzyć. Bardzo mało osób o nim w ogóle wie.

I trzecia rzecz – postarać się o tę dobrą informację, ale również o dostępność. Oczekuję, że efektywność będzie mierzona również wykrywaniem chorób, stopnia ich zaawansowania i kontynuowaniem opieki nad pacjentami. My niestety mamy takie informacje od naszych pacjentek onkologicznych, że one właściwie zostają pozostawione same sobie. Mammografia coś wykryła, kobieta otrzymuje informację, że jest guzek, musi pani iść do onkologa, i na tym właściwie się zamyka. To nie jest właściwa opieka. Kobieta nawet nie wie, co z tą informacją może dalej zrobić. Trzeba po prostu pokierować pacjenta i powinien od razu wejść na konkretną ścieżkę opieki zdrowotnej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, według zgłoszeń.

Członek zarządu Fundacji Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych Piotr Fonrobert:

Piotr Fonrobert, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych. Dorota ma to do siebie, że gdy mówi, to kompleksowo i nie zostawia kolejnym mówcom wiele do powiedzenia.

Chciałbym zapytać, czy były robione takie symulacje, że przy takim wysokim na poziomie badań profilaktycznych typu 70%, 80%, damy sobie radę, jeśli chodzi o obsadę kadrową, czy tych ludzi będziemy leczyli, czy – co mówiła Dorota – zostaną pozostawieni sami sobie. Z informacji, które są dostępne, wiemy, ilu brakuje lekarzy poszczególnych specjalności, ile tysięcy pielęgniarek. Myślę więc, że tu też powinniśmy... Może to dziwnie

zabrzmi, że jestem przeciw tym badaniom przesiewowym, ale to błąd – jestem za i uważam, że powinniśmy kompleksowo do tego się zabrać. A więc wczesna edukacja, później faktycznie zgłaszanie się, opieka i sukces na końcu. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Bardzo proszę.

Koordynator w Sekcji Raka Płuca Fundacji „TO SIĘ LECZY" Aleksandra Wilk:

Dzień dobry. Aleksandra Wilk z tej strony. Sekcja Raka Płuca Fundacji „TO SIĘ LECZY". W pierwszej kolejności chciałabym odnieść się do tego, co Dorota mówiła, że faktycznie ta informacja o programach profilaktycznych jest bardzo nikła wśród społeczeństwa. Nawet patrząc na informacje, jakie otrzymujemy od naszych pacjentów, dotyczące profilaktycznego, wczesnego wykrywania raka płuca, pacjenci w ogóle nie wiedzą, że takie informacje mogą znaleźć na jakiejkolwiek stronie albo, gdzie mają tego szukać. Jest to więc taka informacja, że nawet gdyby chcieli, to nie wiedzą, jak. Zatem – tak jak wspominaliśmy – informacja, reklamowanie tych programów profilaktycznych, myślę że jest takim kierunkiem, że musimy coś zmienić, poprawić.

Jeśli chodzi o program wczesnego wykrywania raka płuca, on nie jest zaktualizowany. Jestem w tym momencie na tej stronie. Mamy województwo małopolskie, skąd pacjenci powinni udać się do Świętokrzyskiego Centrum Onkologii. Niekoniecznie, bo właśnie w Krakowie, w Narodowym Instytucie Onkologii przy ul. Garncarskiej ten program został uruchomiony. Nie ma więc aktualizacji na stronie pacjent.gov.pl. – programy profilaktyczne. Chciałabym, aby nad tym popracowano.

Jeśli chodzi o program 40 plus, to małe miejscowości mają podpisane umowy z takimi laboratoriami jak na przykład Diagnostyka, które wykonują w dużych miastach właśnie te badania. Pytanie, czy jest opcja, żeby w takich małych miejscowościach wykonywać te badania Profilaktyka 40 plus w ośrodkach zdrowia przez pielęgniarki. Po wysłaniu tego do odpowiedniego laboratorium, wyniki otrzymuje też lekarz POZ.

A jeśli już jesteśmy przy podstawowej opiece zdrowotnej – rola koordynatora. Pytanie, czy ten koordynator jest nadal tylko zalecany. Czy każda przychodnia musi tego koordynatora zatrudnić czy tylko ta, która chce i jakie są obowiązki? Czy znamy zakres obowiązków tego koordynatora?

Natomiast jeśli chodzi o niskodawkową tomografię komputerową, to tutaj była wspomniana informacja, że ona będzie uruchomiona. Na razie jest program profilaktyczny niskodawkowej tomografii. Pytanie, jak to będzie wyglądać, jeśli on się zakończy w 2023 r. i czy mamy jakieś dane, ile osób do tej pory zgłosiło się do programu wczesnego wykrywania raka płuca. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę – tam na końcu.

Członek Polskiego Towarzystwa Onkologicznego Michał Kamiński:

Michał Kamiński, Narodowy Instytut Onkologii. Myślę, że warto sobie powiedzieć, że organizacja programów przesiewowych w danym kraju opiera się na likwidowaniu barier. Tych barier musimy zlikwidować kilka. Mam wrażenie, że w Polsce za jedyną barierę uznaje się barierę finansową. To znaczy, uznaje się w którymś momencie – dobrze, będziemy finansować te badania.

Bariera finansowa nie jest jedyną barierą, która będzie powodowała, że ludzie będą zgłaszać się na badania i że będą odnosić z nich korzyści. Pierwsza rzecz, to jest oczywiście taka kwestia, która już była trochę poruszana, że ludzie muszą mieć informacje na ten temat i świadomość, że tego typu badanie powinno być zrobione.

Jest wiele aspektów, które można byłoby wprowadzić, ale jeden w ogóle wyprowadzono z tych programów. Taki, z którego śmiano się, że to w Polsce nie działa. Mianowicie, to były zaproszenia na badania. One wszędzie, we wszystkich krajach, gdzie jest zorganizowany screening, działają. Wtedy mówiono, że te zaproszenia są wyprowadzane z programów profilaktycznych dlatego, że nie przynoszą żadnych korzyści, nie ma na nie odpowiedzi. Do czasu, kiedy zaproszenia były wysyłane, to zgłaszalność, na przykład na mammografię przesiewową, rosła rok do roku, nie jakoś dramatycznie, ale osiągnęła

45%. Od czasu, kiedy zatrzymaliśmy zaproszenia, spadła do 35%. Jasne, część osób będzie się zgłaszać, bo ma tę świadomość, ale ta różnica 10 pp. To jest właśnie między innymi różnica wynikająca z tych wysyłanych zaproszeń. Jest to więc zbudowanie pełnej struktury. Zatem, pierwsza rzecz, to kwestia informacji i edukacji w różnych aspektach, ale między innymi zaproszenia są ważnym elementem.

Drugi aspekt, o którym musimy powiedzieć, to kwestia jakości badań profilaktycznych i zaufania do tych badań. W Polsce jakość badań profilaktycznych jest fatalna. Są ośrodki, i mamy na to dane – ośrodki mammograficzne, ośrodki cytologiczne i ośrodki kolonoskopowe – w których wykonanie badania nie ma żadnego sensu i równa się niewykonaniu badania, dlatego że jakość jest tak słaba. Jeżeli więc chcemy, żeby profilaktyka działała, musimy trzymać pieczę nad jakością, bo oferujemy te badania zdrowym osobom.

Trzeci element, który jest ważny – potem, kiedy już wykonamy dobrej jakości badanie profilaktyczne, musi być bezpieczne przeprowadzenie tej osoby do dalszego leczenia, które musi być minimalnie inwazyjne. To w ogóle nigdy nie zostało zorganizowane w Polsce. To są filary i sztandary, takie bazy badań profilaktycznych, o których my właściwie nie powinniśmy dyskutować, bo to wie każdy na świecie, kto organizuje badania profilaktyczne. U nas zdaje się, że chcemy temu zaprzeczyć.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Po kolei. Bardzo proszę, pani...

Prezes zarządu Fundacji Onkologia 2025 Anna Andrzejczak:

Dziękuję bardzo. Anna Andrzejczak, Fundacja Onkologia 2025. Przyłączę się tutaj do tego głosu dotyczącego zaproszeń, bo w ostatnim czasie robiliśmy takie badanie i większość świadczeniodawców właśnie zwracała uwagę na to, że likwidacja zaproszeń to była właściwie likwidacja ostatniego narzędzia, które służyło temu, żeby zapraszać pacjentów do tych badań. Oczywiście one mają pewien limit skuteczności i ten limit niejako w naszym systemie został zbadany, ale usunięcie tej jedynej rzeczy, jaka była ze strony systemu, jeśli chodzi o zachęcanie pacjentów, skierowanych bezpośrednio do pacjenta, jakby zlikwidowało ostatnią możliwość, żeby docierać bezpośrednio do osób, imiennie, z informacją o badaniu. Rzeczywiście jest potwierdzenie z zewnątrz, że to tak działało.

Natomiast mam dwa pytania. Pierwsze dotyczy wyceny, mimo tych głosów dotyczących finansowania, bo w tej ostatniej rundzie konkursowej, która objęła – jak rozumiem – kolonoskopię, ale również mammografię, dostajemy sygnały, że właściwie wycena mammografii nie zmienia się w tej nowej turze kontraktowania. To de facto oznacza, jeśli to jest prawda, że mimo rosnących kosztów, od kilku lat ta wycena się nie zmieniła. Staje się to powoli coraz trudniejsze dla ośrodków. Mamy takie sygnały, że wykonujący badanie dostają od swoich szefów, od osób zarządzających finansami, takie informacje, że mammografia przestaje się opłacać. To jest rzecz, która staje się trudniejsza dla ośrodków.

Zatem pytanie o plan odnośnie do zmiany wycen w mammografii i cytologii. Z tego, co wiem, wycena cytologii w badaniach profilaktycznych była jedną z przyczyn tego, dlaczego poniekąd to przesunięcie z programu profilaktycznego z AOS-u nastąpiło. To znaczy, po prostu bardziej się opłacało robić cytologię w AOS-ie. W przypadku mammografii prawdopodobnie takiego przesunięcia nie będzie, więc tutaj jest jakiejś realne zagrożenie.

I ostatnia rzecz, to jest kwestia kolonoskopii. To znaczy, czy w tej tranzycji programu konkursowego z Ministerstwa Zdrowia do NFZ-u będzie zachowana ciągłość związana z tymi elementami towarzyszącymi kontroli jakości, edukacji, która była w programie ministerialnym, i czy przy tej okazji udało się może ustalić, jakie było objęcie populacji na koniec 2021 r. tym programem. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Chwila dla pana dyrektora, bo jest tyle pytań... Nie, to jest pierwsza seria, panie dyrektorze. My nie kończymy. Chcę tylko, żeby pan...

Rzecznik Stowarzyszenia na Rzecz Walki z Chorobami Nowotworowymi SANITAS Aleksandra Rudnicka:

To co, ja czy pan...?

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Pan dyrektor jeszcze... wiem, że jest w trudnej sytuacji, bo reprezentuje resort, ale nie może w imieniu ministra...

Tych uwag jest bardzo, bardzo wiele. Mam tylko jedną uwagę o edukacji. O konieczności wprowadzenia przedmiotu edukacji zdrowotnej do szkół mówimy już chyba od dziesięciu lat. Byliśmy już blisko. Ministerstwa zdrowia, edukacji i sportu spotykały się, ustalały i wszystko miało być. Dzisiaj są prowadzone zajęcia w szkołach na temat zdrowia, ale to w ramach lekcji wychowawczej i lekcji biologii raz na kwartał. Czyli te dzieci nie zostaną zapoznane z edukacją zdrowotną promującą zdrowy tryb życia i wypoczynku. Możemy później pukać do coraz starszych roczników – to już będzie nie do naprawienia. Te dzieci wracają do domu i jeżeli mają tę edukację, namawiają własne mamy i siostry – idź i zrób cytologię, zrób mammografię, bo o tym mówi się w szkole, czy rodziców na inne badania. Nie możemy z tym tematem się przepchnąć. Jest wiele przedmiotów, które nagminnie i może w nadmiarze są forsowane w szkołach, a taki przedmiot, który byłby dla nas przepustką do zdrowia, do przyszłości, niestety nie może się przebić. Tyle moich uwag. I pan dyrektor, póki jeszcze mamy w pamięci te pytania. Bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

Bardzo dziękuję za te wszystkie głosy i uwagi. Pani Doroto, od razu to będzie kwestia związana z całą edukacją, tak więc odpowiedź i dla pana przewodniczącego. W momencie, kiedy mówiłem o tym, że nie dorośliśmy, użyłem sformułowania „my”, ponieważ to jest jakby nasza wspólna wina. Właśnie zaniedbania związane z edukacją zdrowotną, to że nie kształtujemy pewnych postaw, jest znacznie trudniejsze do nadrobienia momencie, kiedy dzieci wychodzą już ze szkół, gdzie można ustalić jeden wspólny program. Można oczywiście przemycać pewne postawy prozdrowotne w serialach, filmach – w ramach publicznej czy niepublicznej telewizji powinna to być pewnego rodzaju misja – ale mówię w tym sensie, że to jest pewna zaległość, którą nadrobić powinniśmy.

Zgadzam się odnośnie do tego, że powinno to był jako regularny przedmiot szkolny, bo wszyscy mamy pewność, że powinno się nauczyć, jak wygląda zdrowa dieta i dlaczego ważny jest wysiłek fizyczny, dlaczego nałogi są złe, dlaczego ważne jest robienie badań regularnie. To są rzeczy, które rzeczywiście w szkole najprościej byłoby wprowadzić. Z tego, co wiem, minister Niedzielski chyba finiszuje jakieś rozmowy z ministrem Czarnkiem na temat albo prób, albo pilotażu, albo wprowadzenia tego, ale – bardzo przepraszam – nie ogarniam całości prac związanych z Ministerstwem Zdrowia, natomiast wiem, że tutaj nam wszystkim zależy i minister Niedzielski takie rozmowy prowadzi.

W każdym razie w życiu nie było tak, że zarzucałem cokolwiek społeczeństwu. Uważam po prostu, że wszyscy jesteśmy temu winni jako decydenci i jako to społeczeństwo, które pewnego rodzaju postawy kształtuje, jako rodzice, którzy takich postaw nie przekazują swoim dzieciom – to my. Ogólnie rzecz biorąc, my.

Jeżeli chodzi o informacje o programach profilaktycznych, nawet najlepsze strony nie zastąpią informacji spersonalizowanej. Jak państwo wiedzą, Ministerstwo Zdrowia wspólnie z CEZ-em bardzo rozwija Indywidualne Konto Pacjenta. Traktujemy to jako platformę, która służy nie tylko do tego, żebyśmy mieli przy sobie swoje recepty i kody do tych recept, żeby wszystkie skierowania były z nami w jednej aplikacji, żeby były tam ewentualnie umieszczane wszelkie informacje, które są nam potrzebne. Trwają także przymiarki do tego, żeby w ramach tej aplikacji informować pacjentów o wszystkich możliwych dostępnych programach profilaktycznych, które będą im przysługiwać.

Na stronę trzeba wejść aktywnie, żeby czegoś poszukać. Natomiast smartfona nosi ze sobą każdy. Proszę zwrócić uwagę na to, jak bardzo rozwinęły się funkcje związane z Internetowym Kontem Pacjenta i jak dużo informacji można tam zdobyć. I to rzeczywiście się rozwija. Już jest chyba ponad 10 mln takich kont założonych. To jest gigantyczny i – powtórzę to raz jeszcze – spersonalizowany sposób dotarcia do osób, które otrzymują informacje specjalnie dla nich przeznaczone. Tu jest pokazane, jaki program przysługuje w danym roku i gdzie ewentualnie można się udać.

Te prace rzeczywiście znacząco przyspieszyły. CEZ bardzo pracuje nad rozwiązaniami związanymi z tymi aplikacjami i mam nadzieję, że będzie to dużo lepsze niż jakakolwiek

strona, na którą trzeba wejść świadomie. Każdy komórkę ma ze sobą i ta informacja powinna wyskakiwać.

Jeżeli chodzi o efektywność, postaram się dotrzeć do osób, które takie dane będą miały, bo niestety ja także nie dysponuję takimi materiałami i tymi liczbami, które by konkretnie mówiły, ile wykryto poszczególnych przypadków nowotworów. Będziemy musieli pobuszować w bazach. Postaram się jednak być przygotowanym... Wiem, a my spotykamy się na tyle często, że na pewno przy jakiejś okazji się spotkamy i będzie mogła mnie pani rozliczyć... Tak często się spotykamy, że to na pewno będzie szybko. Muszę tylko dotrzeć do kogoś, kto będzie w stanie z kolei wyciągnąć te informacje, bo jak państwo pamiętają, nie jest to prowadzone w ramach normalnej aplikacji NFZ-owej, z której można te dane wyciągnąć w jednym momencie, tylko jakby troszkę w zewnętrznych, więc dojście do tego będzie nieco trudniejsze. Wierzę, że będę w stanie skutecznie powiedzieć, na ile efektywne są programy.

Padła także taka opcja, że być może, jeśli obejmiemy 70%–80% populacji tymi badaniami, to nie będzie wiadomo, co zrobić z pacjentami czy z pacjentkami. Jestem dziwnie przekonany, że będzie to bardzo dobry ruch i będziemy mieli co zrobić, bo w badaniach profilaktycznych chodzi o to, żeby ten nowotwór wykryć w momencie, kiedy jeszcze to leczenie jest proste, krótkie, łatwe i bez angażowania dużej liczby specjalistów. Jeżeli przegapimy ten moment, kiedy nowotwór leczy się albo tylko chirurgią, albo stosunkowo prostymi metodami, to tak naprawdę pacjent z rozwiniętym nowotworem obciąża ten system znacznie bardziej, znacznie dłużej i w znacznie większym stopniu. Tak więc objęcie 80% populacji badaniami profilaktycznymi i wyłapanie tych nowotworów we wczesnej fazie, kiedy leczy się je łatwiej, paradoksalnie w mniejszym stopniu obciąży system niż trzymanie tego stanu, który mamy w tej chwili, czyli pacjentek i pacjentów, którzy długo zajmują miejsce w systemie związane i z chemią, i z zabiegami, i z radioterapią, i potem z leczeniem paliatywnym, koniecznością częstych wizyt. Tak więc wydaje mi się, że jeżeli to pana uspokoi, to już będzie pan w pełni entuzjastą...

Członek zarządu Fundacji PKPO Piotr Fonrobert:

Na pewno nie ma takiego prostego przełożenia, że...

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

Prostego nie ma...

Członek zarządu Fundacji PKPO Piotr Fonrobert:

No właśnie.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

...ale na pewno nie jest jednoznaczne tak, że od razu w większym stopniu obciążymy cały system.

Członek zarządu Fundacji PKPO Piotr Fonrobert:

Dzięki.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

Dobrze. Teraz tak... Informacja powtarzała się wielokrotnie i tak naprawdę dla mnie to też jest pięta achillesowa, bo ja bym to sobie wyobrażał jako jeszcze większą, jeszcze szerszą kampanię informacyjną. Mamy media publiczne, które zasadniczo powinny o tym trąbić. Swego czasu, gdy rozmawiałem na różnych spotkaniach... Nie wiem, czy państwo pamiętają taką serię reklam, które pokazywały skutki wypadków, jak to ktoś przez chwilę nieuwagi... Te reklamy zapadają w pamięć, te reklamy zostają tak głęboko... Wydaje mi się, że gdyby udało się coś takiego zrobić, jeżeli chodzi o profilaktykę – żadnej radości, niczego takiego, czyli tylko reklamy, które będą prosto walić w głowę, to one na dużo dłużej zostają. No niestety, powinno być to trochę drastyczne, ale wydaje mi się, że nie ma innych środków. Natomiast trzeba starannie rozważyć, jak to wszystko przeprowadzić. Będę próbować też zainteresować swoich kolegów tym, żeby próbować iść w tę stronę. Dlatego zawsze używam przykładu tej reklamy, bo okazuje się, że wszyscy wcześniej czy później ją widzieli i wszyscy zapamiętali, bo te reklamy zostawiają trwały ślad.

Aktualizacja na stronie pacjent.gov.pl – biję się w pierś. Sprawdzę. Dam znać kolegom. Faktycznie tego jest dużo. Nie odpowiadam bezpośrednio za aktualizacje. Dziękuję za ten sygnał. Postaram się, żeby krakowianie nie jeździli do Kielc, bo to jest absolutny skandal. I tak być nie powinno.

Oczywiście nie dysponuję danymi, i też postaram się przygotować w takim samym trybie, jeśli chodzi o liczbę osób korzystających z tych tomografii niskoemisyjnych, i też te dane będę udostępniał. Widujemy się na różnych...

I pan prof. Kamiński. Bardzo dziękuję za ten zestaw pytań, bo jest lżejszy niż te, których się spodziewałem. Właściwie trudno nazwać to pytaniami. To są konkretne argumenty w rozmowie, o których powinniśmy mówić. Tak, zgadzam się, że pieniądze nie załatwiają całego problemu. Pieniądze to jest tak naprawdę tylko początek. Zdaję sobie sprawę z tego, że spośród wszystkich rzeczy, które możemy wybrać w systemie opieki zdrowotnej, stosunkowo najprościej jest załatwić sprzęt, stosunkowo najprościej jest załatwić budynki, stosunkowo najprościej, mimo tego, co mamy w tej chwili, jest załatwić nawet finansowanie. A tak naprawdę najtrudniejsze jest to, żeby byli ludzie, którzy mogą wykorzystać ten sprzęt, te budynki, te środki finansowe i którzy zrobią to kompetentnie i w ramach wysokiej jakości świadczeń.

Rzeczywiście jest tak, że badanie badaniu nierówne. Zastanawiam się tylko, jak tak może być, że skoro w mammografii i cytologii istnieją całe systemy kontroli jakości – bo są przecież testowane zdjęcia, są wyrzucane poszczególne mammografy na rok, jeżeli nie osiągną odpowiedniej jakości badań – dlaczego w dalszym ciągu pan mówi, panie profesorze, że są ośrodki, do których strach jest pójść, bo wydawało mi się, że takie ośrodki wyrzucamy z systemu skutecznie na podstawie decyzji centralnych. No, ale może należy się przyjrzeć tym metodom badania jakości i zastanowić się, co jeszcze ewentualnie do tego dołożyć, bo ten cały system z centralnym ośrodkiem oceniającym sposób wykonywania badań od dawien dawna funkcjonuje i od dawien dawna są podejmowane decyzje na tej podstawie.

Sam dostaję wnioski pod tytułem – my właśnie dostaliśmy nowy mammograf, a wy nas wyrzuciliście miesiąc temu, to jak mamy wykorzystać środki unijne... No, dura lex, sed lex. Można było odsunąć w czasie kontrolę jakości, można było wybrać jakieś dobre zdjęcia i wtedy program nie byłby przerwany. Proszę państwa, kontrola jakości w mammografii polega na tym, że ośrodek sam sobie wybiera zdjęcia, jakie chce pokazać. Jeżeli na takich zdjęciach nie można znaleźć wystarczająco dobrego opisu i wystarczająco dobrych parametrów, to coś tu jest nie tak, jak należy.

Konieczność zapewnienia dalszego leczenia. Pragnę zwrócić uwagę na to, że reforma, którą robimy, jeżeli chodzi o onkologię, będzie znacznie większa niż tylko i wyłącznie zmiany dotyczące samej profilaktyki czy samych metod leczenia. Przede wszystkim będziemy próbowali stworzyć prawdziwą sieć onkologiczną. To znaczy, nie tak, że każdy, kto w życiu wykonał ze trzy operacje, będzie mógł to robić, ale chcemy bardzo koncentrować przede wszystkim świadczenia zabiegowe, jeżeli chodzi o leczenie.

Chcemy też bardzo zintensyfikować prace nad tym, żeby konsylia były prawdziwe, realne, bo tak jak rozmawiamy ze wszystkim kolegami i koleżankami, to wydaje się, że chirurgia powinna być maksymalnie skoncentrowana, radioterapia powinna być w rozsądnym dostępie samochodem, natomiast niektóre formy chemioterapii ambulatoryjnej powinny być jak najbliżej pacjenta. I tak powinno się to rozłożyć i tak powinno się próbować robić, ale na pewno konsylia powinny być głównie tam, gdzie mamy metody chirurgiczne, czyli w tych największych ośrodkach.

Chirurgia z radioterapią. Wtedy, kiedy już nie będziemy mieli tak, że każdy chętnie może brać się za pacjenta onkologicznego, tylko będziemy mieli konkretne ośrodki, dużo łatwiej będzie także wytyczyć dalsze losy pacjenta, bo można będzie powiązać bezpośrednio ośrodki, które prowadzą badania profilaktyczne z tymi, które prowadzą onkologię. Obowiązuje też taki model breast unitu – miałem kolegę, mam go dalej, i on przez cały czas mnie uczył, że to nie powinno się nazywać Breast Cancer Unit, czyli nie ośrodek raka piersi, tylko breast unit – ośrodek piersi. I to powinno być tak robione, że u podstawy pracy takiego ośrodka leżą właśnie te wszystkie badania przesiewowe po to, żeby ta populacja stopniowo zawężając się dochodziła do tego miejsca szczytowego, czyli

do ośrodka, który zajmuje się wprost leczeniem onkologicznym, ale ma wystarczający potencjał wynikający z doświadczenia.

Jakość była, finanse... O finansach rozmawialiśmy. Zaproszenia. Odnośnie do tej kwestii powiem państwu, że gdy przyszedłem do ministerstwa, zaproszeń już nie było. Tak więc ja tematu na tyle nie znam, ale dzięki temu, że państwo powiedzieli, postaram się dowiedzieć, jak to było z tymi zaproszeniami i właściwie dlaczego zaprzestaliśmy ich wysyłania. Podejrzewam, że to musiało być coś wynikającego z decyzji z AOTMiT-u. Do zaproszeń sięgnę. To nie tylko pan profesor mówił o zaproszeniach wysyłanych, ale to był głos powtarzany potem. Wydaje się to być na tyle istotne, że postaram się zajrzeć, jak to wyglądało wtedy... To znaczy, wiem. Pewnego rodzaju nieszczęściem – kolega mi to mówił, bo śledził to – było RODO.

Mam wrażenie, że jeżeli chodzi o podejście do RODO, to popadliśmy w lekką przesadę, jeżeli chodzi o to wszystko. To że pacjent musi upoważniać specjalnie lekarza do dostępu do swoich danych medycznych też wydaje mi się dziwne, bo fakt, że ktoś idzie do lekarza oznacza, że upoważnia go do zajmowania się swoim stanem zdrowia. Wydawałoby się więc, że powinien go też z automatu upoważnić do całej swojej historii zdrowotnej, bo przecież lekarz nie może leczyć kompetentnie, jeżeli nie ma pełnego wywiadu. Prawda?

To znaczy, ja już się nauczyłem, że rozmowy, jeżeli chodzi o ochronę danych osobowych są szalenie trudne i my mamy to bardzo skomplikowane. Być może będzie trzeba coś ruszyć na poziomie ustawy, ale jeżeli z tego powodu zostały zablokowane wysyłki zaproszeń, to trzeba będzie uczynić wszytko, żeby to można było robić. Tylko problem polega chyba też na tym, że w opinii inspektora ochrony danych osobowych zaproszenia mogą być wysyłane dopiero wtedy, kiedy ktoś wyrazi zgodę na obrabianie ich danych adresowych w związku z wysyłką programów profilaktycznych i wtedy jesteśmy w ślepym zaułku. To znaczy, osoby, które nie wiedzą, że coś takiego ma być, nie zainteresują nas.

Chcę też zwrócić uwagę na jeden aspekt, który nie był poruszany. Wysyłka, informacja, edukacja, to wszystko są rzeczy szalenie istotne, ale proszę zauważyć, że podstawowa opieka zdrowotna nie spełnia głównej roli, która jest w systemach światowych, to znaczy, zajmują się pacjentem, który szuka pomocy, bo coś mu się dzieje, a tak naprawdę rolą podstawowej opieki zdrowotnej w całej rozciągłości powinno być zajmowanie się osobą zdrową, żeby nie zachorowała. I to powinno być główne wyzwanie dla podstawowej opieki zdrowotnej. Jeżeli tak zrozumiemy podstawową opiekę zdrowotną, to należy do niej zapisać zarówno lekarza POZ-u, pielęgniarkę, położną, jak i położnika, ginekologa, jak i stomatologa, bo to są akurat te zawody, w których istotą zajęcia się pacjentem jest zajęcie się pacjentem zdrowym, co jakiś czas sprawdzenie, czy coś się nie dzieje i wysłanie go dalej. Z tego właśnie wynika ta cała koncepcja z budżetem powierzonym, koncepcja z koordynatorem, który w każdym POZ-ie jest możliwy do zadeklarowania – trudno powiedzieć, że obowiązkowy w tym momencie – i próbujemy delikatnie pokierować POZ w odpowiednią stronę. To znaczy, żeby zajął się na serio swoją populacją i zabezpieczył ją na tyle, żeby nic się z nią nie działo. To jest ta idea lekarza rodzinnego – zna wszystkich, każdego spotyka, każdego bada, wie o każdym kichnięciu, oferuje wszystkie badania, które może zaoferować system...

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Panie dyrektorze, nie było pytań w tych kwestiach.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

Dlatego ja chcę dołożyć jeszcze jeden kamyczek...

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Jeszcze nie skończyliśmy. Dziękuję, panie dyrektorze. To znaczy, ja jestem pod wrażeniem, i chyba my wszyscy, spostrzeżeń pana dyrektora z pracy w resorcie, bo mamy podobne poglądy na pracę POZ-u i onkologii, opieki onkologicznej. Tylko szkoda, że nie realizuje się tych rzeczy, o których mówimy. Po raz kolejny – drugi rok, trzeci – właściwie na ten sam temat rozmawiamy, jeżeli chodzi o sieć onkologiczną. Pilotaż trwa już czwarty rok. Przedłużone są terminy przygotowania, sprawdzenia pilotażu. Właściwie nie wiemy, do czego zmierzamy, a mijają kolejne lata.

Nie kończymy jeszcze, panie dyrektorze. Pan ma bardzo dużą wiedzę, z której na pewno będziemy chcieli skorzystać, a poza tym niektóre pytania przełożymy na pewno na interpelacje czy zapytania poselskie.

Chciałbym jeszcze prosić tych państwa, którzy nie zabierali głosu, bo niektórzy z państwa jeszcze chcieliby zabrać głos. Panią bym prosił, żeby wyłączyć mikrofon. Tak więc, kto z państwa chce zabrać głos. Bardzo proszę.

Rzecznik Stowarzyszenia SANITAS Aleksandra Rudnicka:

Aleksandra Rudnicka, rzecznik Stowarzyszenia na Rzecz Zwalczania Chorób Nowotworowych SANITAS. Chciałabym najpierw powiedzieć koledze, że wiadomo ogólnie – i jest to wiedza dostępna – że jeżeli w jakimś kraju mamy badania przesiewowe na poziomie 70%, no to jest super i to oznacza, że w zasadzie mamy problem załatwiony. A 80% to w Skandynawii uważa się nawet, że to jest za dużo i że wtedy pojawia się takie zjawisko, że te badania są nadwykrywalne. Przynajmniej w raku piersi. Chyba życzylibyśmy sobie wszyscy, żeby te 70% zgłaszalności na badania przesiewowe było.

Chciałabym natomiast zapytać pana dyrektora o taki program, o którym pan nie mówił, dotyczący opieki nad rodzinami obciążonymi genetycznie. Co z nim w tej chwili się dzieje? Czy on będzie rozszerzony, tym bardziej że mamy nowe wyzwania?

Wiemy już, że te mutacje, o których mówimy – BRCA 1 i BRCA 2 – dotyczą nie tylko kobiet z tak zwanym zespołem raka piersi i raka jajnika, ale też mężczyzn w przypadku prostaty i pacjentów chorych na trzustkę. I czy w ogóle na poziomie POZ-u – mówię o tym ciągle – nie powinna się pojawić taka karta rodowodowa, że pacjent będzie badany pod kątem dziedziczenia chorób nowotworowych i pod tym kątem też później prowadzony. Wiemy bowiem, że zrobienie tego badania wtedy, kiedy już pacjentka zachoruje, to jest tylko danie jej możliwości innowacyjnego leczenia przedłużającego życie, a w momencie, kiedy by ta mutacja została wykryta wcześniej, miałaby możliwość całkowitego uratowania się, urodzenia dzieci, wykonania takich procedur, które są przecież u nas refundowane, bo refundujemy i tak zwaną prewencyjną mastektomię, i usuwanie jajników. To wszystko można zrobić. Można kobietę uratować. Ona może urodzić dzieci, prowadzić normalne życie, więc to jest na pewno bardzo ważne.

Chciałabym jeszcze zapytać, czy państwo nie rozważali czegoś takiego, o czym teraz dużo się mówi na różnych konferencjach. Mówię o tak zwanym aktywnym zapraszaniu na screening. Czyli owszem, zaproszenia też, ale jakaś liczba telefonów, kontaktów z pacjentem – to znaczy, ze zdrową jeszcze osobą – i namawianie do tego, żeby wykonał badanie, wyjaśnienia, dlaczego ma wykonać to badanie, na czym to badanie polega, gdzie ono może być wykonane. Takie firmy działają i coraz więcej placówek korzysta z ich usług. I to rzeczywiście się przekłada... One pokazują swoje wyniki, że coraz więcej osób zgłasza się na te badania.

Miałam wczoraj taką rozmowę z panem. Dotyczyła ona programu, który jest naszym wielkim sukcesem i naszym absolutnie unikatowym programem w Europie. Mówię o nowotworach głowy i szyi. Państwo – ja bardzo dziękuję, pisałam na ten temat list – przedłużyli na przyszły rok prowadzenie tego programu, bo on jest naprawdę świetnie zorganizowany i świetnie funkcjonuje. Zadzwonił pacjent, który... My właśnie sobie zadajemy to pytanie. Nikogo nie chcemy obrażać, ale... Dorota, powiedz mi, jeżeli ktoś chce sobie kupić buty, to tak długo będzie siedział w tym Internecie, aż znajdzie, gdzie może kupić buty, jakie chce, a dlaczego ludzie nie szukają takiej prostej rzeczy jak program... Bo pan słyszał w radiu, że jest taki program, natomiast już nie wiedział, gdzie... To znaczy, zaczął go szukać, bo w końcu zadzwonił do mnie, gdzieś mnie znalazł i zapytał mnie, a ja go już skierowałam konkretnie pod określony adres. Myślę więc, że taki aktywny screening, aktywne zapraszanie na screening na pewno by nam się przydało, no a lekcje to już jest podstawowa sprawa.

Pomyślmy więc o tym, żeby coś takiego robić, bo to aktywne zapraszanie polega na tym, że dzwoni się do pacjenta tak długo, aż on przyjdzie, aż osiągnie się cel... To co jest ważne w tym wszystkim, że to są działania skierowane do ludzi zdrowych, a ludzie zdrowi najczęściej nie mają wyobraźni, co ich czeka i co się może stać, jeśli tego badania nie wykonają. A ten pan, który do mnie wczoraj zadzwonił, to zadzwonił dlatego,

że słuchając audycji, rozmowy z profesorem Golusińskim, uświadomił sobie, że ma już objawy tego nowotworu. Objawy wskazujące – on nie ma nowotworu – że może ma ten nowotwór. Zatem mówienie dużo na ten temat jest potrzebne.

Kiedyś napisałam list do byłego już prezesa Telewizji Polskiej, za który zostałam bardzo mocno publicznie skrytykowana wtedy, kiedy on dostał miliard złotych, żeby ten miliard złotych przeznaczył właśnie na edukację na temat nowotworów i profilaktyki...

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dwa miliardy.

Rzecznik Stowarzyszenia SANITAS Aleksandra Rudnicka:

Kończę. I chcę powiedzieć, że na pewno ta edukacja i świadomość są bardzo ważne i jeszcze to, co pan powiedział, że to musi być robione w sposób ciekawy. My cały czas z panem profesorem Mederem o tym mówimy. Te wszystkie reklamy muszą być zaplanowane, nie mogą być nudne. Muszą przyciągać widza, żeby on je zapamiętał tak jak „ojciec prać". Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Oczywiście te zaproszenia telefoniczne też są słuszne, bo przecież chyba codziennie każdy z nas otrzymuje informacje o fotowoltaice, o pompach ciepła, po kilka -kilkanaście telefonów dziennie. Myślę więc, że w tej formie zaproszenie na badania profilaktyczne również byłoby cenne i potrzebne, tym bardziej, że o szczepieniach, o innych rzeczach pacjenci są informowani w aplikacji Zdrowie.

Pan doktor Meder jeszcze. Bardzo proszę.

Prezes Polskiej Unii Onkologii Janusz Meder:

Bardzo krótko, panie przewodniczący, panie pośle. Właściwie nie wiem, co my tu robimy, bo to jest kolejne spotkanie, gdzie nie tylko my, nasza strona, mówimy o bolączkach systemu, o niedociągnięciach, opóźnieniach, ale właściwie z nami równym głosem mówi pan dyrektor Ministerstwa Zdrowia. Czyli właściwie wszyscy wiemy, co trzeba zrobić od mniej więcej 30 lat, bo już 30 lat uczestniczę w spotkaniach z różnymi decydentami na poziomie parlamentu i kolejnych ministerstw.

Wiem, że pan premier w swoim pierwszym orędziu powiedział, że dla niego onkologia będzie priorytetem, i kardiologia, i w ogóle zdrowie. Wreszcie po raz pierwszy, odkąd żyję w tym kraju, usłyszałem, że zdrowie. Zabrakło mi jeszcze, że i edukacja, bo reszta, to pochodna od tych dwóch najważniejszych elementów w całym systemie społecznym. Właściwie ciągle powtarzamy to samo, pan poseł pewnie zna to na pamięć, bo ja już przy każdej okazji spotkania na poziomie naszych komisji i zespołów parlamentarnych niemalże za każdym razem powtarzam to samo.

Dziwię się tylko jednemu, dlaczego decydentom nie zależy, żeby mniej wydawać pieniędzy na te 70% pacjentów ciągle zgłaszających się zbyt późno. Nawet warto spojrzeć na symulację Światowej Organizacji Zdrowia, która pokazała, że jeżeliby zainwestować określone pieniądze – jakieś miliardy na cały świat są potrzebne – to potem zwraca się wszystko dziesięciokrotnie, tylko że trzeba zainwestować w edukację, we wczesne wykrywanie – edukację nie tylko społeczeństwa, ale również lekarzy – a w naszym kraju... Ile jeszcze można czekać, żeby postawić naprawdę na instytucje lekarza rodzinnego, lekarza medycyny pracy, dentystę, farmaceutę w aptece, te miejsca, w których najczęściej można zabiegać o zdrowych właśnie, żeby się badali? Oni tam przychodzą poradzić się, bo coś ich zabolało, zakłuło. Dentysta przy okazji leczenia zębów, stwierdzi na przykład w rejonie głowy i szyi nowotwory, które narastają.

Z jednej strony, był realizowany 10-letni Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, o który osobiście walczyłem, już niemalże zostając sam w pewnym momencie, bo wszyscy machnęli ręką i mówili, że to nie może się udać. Jednak ten program zaistniał, był. Natomiast wiele elementów mogło tam być lepiej zrealizowanych. Nie były, ze względu na to, że miał on charakter interwencyjny.

Bardzo się ucieszyłem, że mamy wreszcie strategię, która jest... Już wiele później, odkąd tę strategię uchwaliliśmy, ustawą sejmową zagwarantowaliśmy środki finansowe... Właściwie Unia Europejska ma Cancer Plan, który dokładnie powiela to, co my uzyska-

liśmy, oczywiście dzięki naszym decydentom, bo przecież oni musieli się na to zgodzić. Zastanawiam się jednak, dlaczego realizacja tej strategii jest taka powolna, niezsynchronizowana, nieskoordynowana. Dlaczego między Ministerstwem Zdrowia a NFZ-em nie ma takiej koordynacji? Dlaczego..? Oczywiście można przekazać programy screeningowe, które do tej pory były pod egidą ministra zdrowia, jak na przykład właśnie screening raka jelita grubego, ale dlaczego nie ma jakiejś ciągłości? Znowu jest przepaść, znowu nie ma jak realizować tego programu.

Nie chcę zajmować dużo czasu, ale co jeszcze musi się zdarzyć, żeby dzieci w szkole miały godzinę „wychowanie w zdrowiu", żeby można było mieć programy motywacyjne dla lekarza rodzinnego, pielęgniarki rodzinnej, położnej. One są blisko tych ludzi, których można łatwo namówić na to, żeby robić screening. I też trzeba było 7 lat poczekać przy poprzednim Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych, żeby położne łaskawie dopuszczono do wykonania cytologii, a one miały uprawnienia europejskie, że mogą wykonywać cytologię. Nie wykorzystano tego potencjału. Dopiero pod koniec sobie przypomniano, że ktoś o tym mówił, rzeczywiście warto by było położne do tego zatrudnić.

Mamy wielką bazę, narodową strategię, Krajową Sieć Onkologiczną, wzmocnienie pozycji lekarza rodzinnego, ale to wszystko długo trwa, nie jest zsynchronizowane. Czy musimy patrzeć na kolejnych umierających ludzi? A teraz jeszcze do tego dochodzi dług zdrowotny. Wpadliśmy w jeszcze większą dziurę, bo jest pandemia, jest recesja, rzeczywiście inflacja. To nie pomaga. Mówi się, że w następnych dwóch latach znowu wrócimy do 6% PKB, a wydawało się, że idziemy w dobrym kierunku, żeby mieć te 7% PKB. Myślę, że jeszcze niżej zejdziemy, jeśli tak dalej pójdzie, bo tak na dobrą sprawę jest pewnie 4,5%–5%, bo resztę płaci społeczeństwo w ramach samoratowania się.

Nie chcę, żeby to był tutaj jakiś wielki krzyk i dramat, ale sam pan dyrektor mówi dokładnie to samo, co my. To gdzie jest problem? Czy rząd ze swoimi ministrami i pan premier nie mogą tego ogarnąć na zasadzie największego problemu do rozwiązania i rzeczywiście lokowania pieniędzy w sposób racjonalny, ale jednocześnie, żeby nie było to tak, że jeden sobie, drugi sobie. No, musi to wszystko współgrać, bo jeżeli nie będzie edukacji, nie będzie odpowiedniego systemu, który pozwoli... Dodatki motywacyjne przede wszystkim dla tych, którzy robią to dobrze, jako przykład. Niech inni pójdą za tym przykładem.

Wielokrotnie tu mówiliśmy, panie pośle, o takim centrum medycznym w Siedlcach, gdzie nawet w pandemii były całkiem porządne wyniki na poziomie 6%–70% zgłaszalności na mammografię, cytologię. Czyli pokazali, że można. Przecież wszystkie podmioty są ważne. I te podmioty, które są państwowe, i te podmioty, które są prywatne. One też mogą w tym uczestniczyć przy odpowiednim zaaranżowaniu odpowiednich przepisów i przede wszystkim monitoringu tego wszystkiego.

Nie chcę więc powtarzać. Tu ze wszystkimi głosami się identyfikuję kolejny raz, również z panem dyrektorem, który tu świetnie wypunktował to, co my mówimy od ćwierć wieku, tylko że w końcu musi być jakaś moc sprawcza, żeby Polakom żyło się lepiej, żeby wcześniej rozpoznawać choroby cywilizacyjne. Edukując pod kątem nowotworów edukujemy również pod kątem wszystkich chorób cywilizacyjnych, bo we wspólnym mianowniku są te same przyczyny powstawania tych chorób.

Po co mamy patrzeć w naszych szkołach na młodzież, która jest coraz bardziej otyła, zajęcia z wf-u, które są karykaturą? Przecież dieta, ruch, niepalenie papierosów i ograniczenie picia alkoholu to już jest 45% mnie nowotworów, jeżeli tylko odpowiednio wyedukujemy społeczeństwo. A jeżeli dodamy do tego wczesne rozpoznawanie, screening, to już w ogóle będziemy naprawdę zachwyceni, tylko ile jeszcze można czekać? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Chciałoby się powiedzieć – święte słowa pana doktora, które słyszymy już od kilkunastu lat. Oczywiście szybko sprawdziłem, że w tym roku obchodzimy 30-lecie powstania instytucji lekarza rodzinnego. Już kilkanaście razy była reformowana – jego kompetencje ograniczane, teraz rozszerzane. Założenia były naprawdę piękne. Pamiętam te czasy, kiedy powstawały instytucje. To chodziło. Chodziło przez parę lat naprawdę fajnie i ktoś to na jakimś etapie popsuł.

Obawiam się, żeby te wszystkie słowa kierowane do pana dyrektora mu nie zaszkodziły, ponieważ mówimy wszyscy jednym głosem, panie dyrektorze, ale to dobrze świadczy o naszym spotkaniu i o tym klimacie. Oczywiście wracamy już do dyskusji. Bardzo proszę.

Członek zarządu Fundacji PKPO Jan Salamonik:

Króciutko. Chciałbym zapytać pana dyrektora w związku z przedstawionymi tutaj problemami, ich ogromem, w jaki sposób resort ustosunkowuje się do tego zalecenia z 20 września 2022 r., które ogromnie poszerza zakres badań przesiewowych. Odnośnie do tych trzech nowotworów, które są w tej chwili, jest poszerzenie wieku i procentu, i dołączenie kolejnych trzech nowotworów do badań przesiewowych – raka płuc, raka stercza i raka żołądka. Z tym, że to są dosyć ogromne postulaty, bo mogą być nimi objęci wszyscy palacze i wszyscy, którzy palili – wynotowałem sobie – od 50 do 75 lat. To wszystko. To będzie jeszcze większy problem. Czy będzie jakieś ustosunkowanie się do tego, czy po prostu...? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Proszę się jeszcze przedstawić do protokołu. Pana imię i nazwisko.

Członek zarządu Fundacji PKPO Jan Salamonik:

Jan Salamonik, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych. Członek zarządu.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Bardzo proszę.

Członek PTO Andrzej Nowakowski:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, przepraszam za mój głos, jestem tuż po infekcji. Nazywam się Andrzej Nowakowski. Prowadzę jedną z większych poradni badań profilaktycznych w Polsce, jeżeli chodzi o raka szyjki macicy w Centrum Onkologii – Instytucie. pracuję także w Centralnym Ośrodku Koordynującym program i z programami jestem związany od samego początku. Moja wypowiedź będzie dosyć konkretna. Być może wyręczę nawet pana dyrektora w odpowiedzi na niektóre pytania, bo znam odpowiedzi na te pytania, na które pan dyrektor nie odpowiedział.

Proszę państwa, w 2016 r. wycofano zaproszenia – przynajmniej takie były wtedy słowa ministra Gadomskiego – ze względu na koszty, RODO, bo nie można wysłać zaproszenia komuś, kto się zgłosił już na badanie – wiadomo, że się zgłasza. Chodzi o to, żeby wysyłać zaproszenia tym osobom, których nie mamy w bazie danych i nie wyraziły zgody na przetwarzanie danych osobowych. I były kwestie dotyczące ich skuteczności, aczkolwiek nadal – muszę podkreślić – zaproszenia stanowią standard w zapraszaniu na badania profilaktyczne w onkologii w krajach, które prowadzą zorganizowane programy, mimo RODO. To jest dlatego, że Finowie zaczęli w latach 70. i przyzwyczaili, to weszło w krew. Pacjentka, która otrzymuje zaproszenie, zgłasza się na badanie profilaktyczne. I dalej jestem za tym, żeby te zaproszenia, mimo wszystko, przywrócić.

Odnośnie do infolinii, nie we wszystkich programach są one kosztowo efektywne. O ile badanie mammograficzne jest wyżej wycenione, o tyle być może opłaca się zatrudnić firmę call center, która będzie dzwonić i odnośnie do tego też są standardy zachodnie. Wystarczy wejść na stronę europejskich zaleceń do spraw screeningu raka piersi, gdzie jest jasno powiedziane, jak powinno wyglądać zapraszanie do każdego programu.

Proszę państwa, też muszę pewne rzeczy uszczegółowić, wyjaśnić. Jestem ginekologiem onkologiem. Oprócz tego, że zajmuję się profilaktyką, zajmuję się także czynnie leczeniem pacjentek ze schorzeniami żeńskiego narządu płciowego, i my nie jesteśmy w ogonie Europy, jeżeli chodzi o leczenie raka szyjki macicy. Publikowaliśmy na ten temat wiele danych. Zachorowalność i umieralność z powodu raka szyjki macicy spada od 30 lat i w tej chwili kształtuje się mniej więcej w połowie średniej stawki europejskiej, może nawet nowej unii. Nie jesteśmy oczywiście najlepsi pod tym względem, ale naprawdę już odskoczyliśmy od krajów typu Rumunia czy Bułgaria.

Chcę państwu powiedzieć, że są twarde dane Głównego Urzędu Statystycznego, ostatnie przedpandemiczne z 2019 r. – i my te dane śledzimy – które mówią, że w Polsce pomiędzy 20 a 60 r.ż. objęcie badaniami cytologicznymi przekracza 60% populacji,

a w przypadku kobiet pomiędzy 30 a 40 r.ż. sięga 88% raz na 3 lata. Te dane są zaniżone w programie, a przyczyna tego leży w tym, że to się po prostu nie kalkuluje.

W tej chwili mogę powiedzieć z całą odpowiedzialnością, że ci, którzy realizują profilaktykę – program profilaktyki raka szyjki macicy – dokładają do interesu, bo te same badania można łatwiej sprzedać NFZ-owi za droższe procedury w AOS-ie i z tego wynika rozdźwięk, o którym mówił pan dyrektor, czyli te 14% czy 16%. Jeśli do tego dołożymy badania nawet same refundowane przez NFZ, to robi się nam 40%. A jeśli do tego dołożymy pacjentki chodzące prywatnie, to jest to 60%–70%. I to, co ja staram się powtarzać, co jest zapisane w dokumencie pt. Narodowa Strategia Onkologiczna, to jest centralny rejestr badań profilaktycznych. Dopóki go nie zbudujemy, nie będziemy w stanie zidentyfikować grupy ryzyka, czyli tych 30%–40%, o których mówił pan przewodniczący, że faktycznie z Zachodu można przyjeżdżać do nas i uczyć się, jak wyglądają te najbardziej zawansowane przypadki, bo to są te kobiety, które się znajdują w tych 30%–40%, które na badania profilaktyczne nie chodzą wcale.

Na sam koniec – dla pani, która jako pierwsza zabierała głos – ministerstwo nie śledzi losów, ale to ja osobiście śledzę losy. Wydałem takie polecenie. Wróciliśmy do tego łącznie z profesorem Kamińskim. Dużo większy zakres, jeśli chodzi o śledzenie losów w mammografii. Mogę państwu powiedzieć, że ogromna liczba kobiet nie odbiera wyników badań mammograficznych, bo nie ma śladu w systemie po dodatniej mammografii, natomiast w cytologii jesteśmy w tej chwili na bieżąco i mamy dane dotyczące losów wszystkich pacjentów z dodatnim wynikiem testu. Co więcej, kontrola jakości, którą wprowadziłem kilka lat temu, ona niestety dotyczy tylko programu profilaktyki raka szyjki macicy – jest w stanie odpowiedzieć państwu na pytanie, nie jaką mamy strukturę rozpoznań, bo w profilaktyce raka szyjki macicy my nie rozpoznajemy raka, tylko leczymy stany przedrakowe czy dysplazje, ale ja jestem w stanie zidentyfikować pacjentki, które wzięły udział w programie profilaktyki i zachorowały, mimo badań, na inwazyjnego raka szyjki macicy. Tak więc ta kontrola jakości przez nasz ośrodek jest prowadzona. To jest oczywiście przedmiotem analiz, publikacji naukowych i danych zanonimizowanych, ale to nie jest też do końca tak, że zupełnie tej statystyki i tej kontroli jakości nie ma. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Panie profesorze, jeśli pacjentki nie odbierają badań mammograficznych, czy nie można ich przekierować do lekarza rodzinnego i jednak tej pacjentki nie stracić z pola widzenia.

Członek PTO Andrzej Nowakowski:

Tak, podjęliśmy w tym kierunku działania. Jeśli nie znamy losów pacjentki, po jakimś czasie – ten interwał jest najczęściej od 3 do 6 miesięcy – mamy w ośrodku desygnowaną osobę, która wtedy wysyła imienną informację do tej pacjentki, że ona ma nieprawidłowy wynik cytologii czy mammografii. Wysyłamy listę placówek, do których ta pacjentka powinna się zgłosić.

Powiem państwu, że faktycznie czasami jest trudny dostęp z tą diagnostyką pogłębioną. Rekordzistka, która do mnie przyjechała, to była pani S., która gdzieś na kolposkopię nie mogła się dostać, umówić – miała nieprawidłowy wynik. Przyjechała, jest po leczeniu – wyleczona, uratowana.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Tu jeszcze pani, ale króciutko, bo pani już po raz drugi zabiera głos.

Koordynator w Fundacji „TO SIĘ LECZY" Aleksandra Wilk:

Szybciutko – odnośnie do tych zaproszeń. Czy na przykład mogłaby być opcja, że otrzymujemy SMS-em alerty? Być może w danym województwie można by było wysłać po prostu do mieszkańców SMS-y z informacją, jakie są programy profilaktyczne przesiewowe.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Kto z państwa jeszcze? Jeszcze pan profesor i pan doktor...

Członek PTO Andrzej Nowakowski:

Znam ten temat na bieżąco, bo także biorę udział w Narodowej Strategii Onkologicznej z profesorem Rutkowskim. Tak, takie działania były podejmowane, tylko że według mnie akurat trudno zapraszać SMS-em na badania, bo to nie jest najbardziej skuteczna forma zaproszeń. To po pierwsze.

Po drugie. Proszę państwa, do Internetowego Konta Pacjenta mają dostęp najbardziej świadomi Polacy. To są ci, którzy zaszczepili się przeciwko COVID. To jest w tej chwili 1/3 populacji. Dopóki cała populacja nie zarejestruje się na IKP, to nigdy nie będzie doskonałe narzędzie do zapraszania ludzi na badania profilaktyczne. Ta grupa, która nie ma IKP, jest najmniej wyedukowana, na najniższym poziomie oświaty, także zdrowotnej. Według mnie, należałoby jednak wrócić do pewnej formuły zaproszeń, mimo RODO, mimo wszystkiego, całej populacji docelowej w grupie wiekowej, w odpowiednich interwałach.

Jeśli pan przewodniczący da mi jeszcze dosłownie minutę – jesteśmy w przededniu wprowadzenia nowych form profilaktyki raka szyjki macicy. Ten pilotaż... Kończymy już praktycznie rekrutację. Wejdą badania, które są wykonywane raz na 5 lat – to jest czuła diagnostyka molekularna. Jest to zapisane w Narodowej Strategii Onkologicznej. Wtedy będzie nawet łatwiej, bo wystarczy tę grupę docelową raz na 5 lat zaprosić, bo to są badania o tak wysokiej skuteczności. Dziękuję i przepraszam, że przedłużyłem...

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pan dr Meder i...

Prezes Polskiej Unii Onkologii Janusz Meder:

Tak, ja ostatnie zdanie, bo nie powiedziałem jednej ważnej rzeczy. My te sprawy już nagłaśnialiśmy zarówno w kontaktach z panem ministrem zdrowia, jak również było to tematem posiedzenia w Pałacu Prezydenckim. Pan prezydent pochylił się nad tym problemem. Chodzi nam po prostu o screening wirusowego zapalenia wątroby typu C.

Naprawdę jest to opłacalne w społeczeństwie. Można uratować wiele istnień ludzkich. Chodzą ludzie i nie wiedzą, że są zakażeni wirusem C. Jest prosty test, który właśnie na poziomie lekarza rodzinnego, na poziomie każdego szpitala, gdzie pacjent trafi, na poziomie lekarza medycyny pracy... Być może jeszcze inne podmioty mogłyby tym się zająć, ale to musi być narodowy screening.

Jest skuteczne leczenie, dostępne w Polsce, refundowane. Podaje się trzy leki przez okres kilku tygodni dosłownie i można zażegnać problem powstawania później dramatów w postaci marskości wątroby, raka wątroby, przedwczesnych zgonów. Pacjent dowiaduje się, że był nosicielem wirusa C wtedy, kiedy trafia do szpitala z krwotokiem z żylaków przełyku. Dlatego bardzo apelujemy, żeby naprawdę ten program zaistniał na szeroką skalę, bo my nawet sobie nie do końca zdajemy sprawę z tego, ilu jest nosicieli wirusa C i jakie z tego później są konsekwencje, i jakie koszty to rodzi później. Koszty pośrednie, oczywiście. Tak więc bardzo bym prosił o przekazanie tego apelu do ministerstwa.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Wydawało się, że właśnie te badania przez lekarza rodzinnego miały być już na dniach, tygodniach, wprowadzane, jeśli chodzi o nosicielstwo wirusa C. Zresztą, dzięki chyba naszym wspólnym pracom parę lat temu wprowadziliśmy takie leczenie, którym możemy się dzisiaj szczycić jak w niewielu dziedzinach, jeśli chodzi o wirusowe zapalenie wątroby typu C. Jeszcze pani...

Prezes OFO Dorota Korycińska:

Ja już tylko na koniec – minuta. Odpowiedź na pytanie, dlaczego ktoś sobie znajdzie w Internecie buty, a nie znajdzie badań przesiewowych – ponieważ nie ma takiej potrzeby. Chcę powiedzieć, że specjaliści od reklamy i marketingu mówią wszystkim, że ta 12., 15. i 30. para butów jest niezbędnie potrzebna do życia, bo kolor, bo pora roku, bo tysiąc innych rzeczy. Natomiast chciałabym zapytać, ile reklam butów widzimy na co dzień w Internecie. Wszędzie. Natomiast, ile widzimy reklam dotyczących badania prostaty, zrobienia cytologii, badania jelita grubego czy piersi. Tego nie ma. I to jest odpowiedź na pytanie, dlaczego ktoś sobie znajdzie. Znajdzie – jeśli chce, to znajdzie.

Problem w badaniach profilaktycznych dotyczy tego, że nie ma potrzeby i tę potrzebę trzeba wytworzyć. Dlatego mówiłam o edukacji. Edukacja zdrowotna powinna wytworzyć w każdym potrzebę dbania o swoje zdrowie, w tym realizowania badań profilaktycznych. Podstawowa rzecz. Dziękuję bardzo.

Koordynator w Fundacji „TO SIĘ LECZY" Aleksandra Wilk:

Szybciutko chciałabym powiedzieć odnośnie do wypowiedzi pana Andrzeja Nowakowskiego. Jeśli chodzi o IKP, pacjentów i wczesne wykrywanie raka płuca, tak jak mówiliśmy, to jest przedział 50–74 lata. Proszę mi wierzyć, większość starszych ludzi ma telefony na kartę, nie ma w nich Internetu. Jeżeli ktoś ściąga mu IKP, to najczęściej rodzina. Powiem nawet na swoim przykładzie – mam IKP, owszem, zaszczepiłam się, mam certyfikat. Jak często tam zaglądam? Dopóki nie mam wystawionej e-recepty i nie potrzebuję e-kodu, to tam nie zaglądam. Może w tym przypadku trzeba by zmienić podejście, bo większość starszych osób po prostu nie będzie z tego korzystać.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo, ale nie udzieliłem pani głosu.

Koordynator w Fundacji „TO SIĘ LECZY" Aleksandra Wilk:

Przepraszam.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Na koniec chciałbym poprosić pana dyrektora. Jeżeli będzie mógł jeszcze swoją głęboką wiedzą podzielić się z nami, to będziemy bardzo wdzięczni, bo powolutku będziemy zbliżali się do końca naszego spotkania. Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

Jestem winny tylu rzeczom, że prawie ironicznie zabrzmiało to o mojej głębokiej wiedzy i całej reszcie, ale bardzo dziękuję za cały przebieg dzisiejszej dyskusji, bo bolało mniej niż można było się spodziewać i niż być powinno.

Jedną informację udało mi się zdobyć w międzyczasie. W roku 2021 wykonano około 2 tys. badań tomografii niskoemisyjnej. Okazało się, że miałem to w przygotowanym materiale, z którego zrobiłem tak telegraficzny skrót, że ta informacja umknęła.

Jeżeli chodzi o program dziedzicznych nowotworów i badań profilaktycznych w przypadku tych nowotworów, to tutaj udało się na styk spiąć program, który był wcześniej finansowany w ramach ministerialnych programów polityki zdrowotnej, z umowami podpisanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia od 1 września 2022 r. Tak więc tam mamy ciągłość udzielania świadczeń. Te konkursy zdążono rozstrzygnąć, tym bardziej, że zgodnie z tym, jak poinformowaliśmy NFZ, była tu możliwość ogłoszenia rokowań, bo jednak nie ma aż tak wielu ośrodków, które byłyby w stanie spełnić dość wysokie wymagania.

Pragnę przypomnieć, że tak naprawdę zakres dostępnych badań jest nieco szerszy w tym programie, który będzie finansowany w ramach NFZ. Dojdzie tam jakby więcej opcji związanych z pełnym badaniem genomu, co jest krytykowane przez niektórych jako możliwość nadużywania, ale powiedzmy, że w niektórych przypadkach jest to potrzebne. Natomiast ścieżka dochodzenia do badania pełnego genomu jest dość wydłużona. Najpierw trzeba wyeliminować podstawowe przyczyny, czyli wyłapać najprostsze rzeczy, które są, i dopiero potem to wszystko sprawdzać.

Jeżeli chodzi o aktywne wydzwanianie, taka idea przyświecała nam, kiedy tworzyliśmy to, o czym mówiłem w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Dlatego była tam funkcja koordynatora, która miała być coraz bardziej powiązana z różnymi opcjami dostępnymi w ramach programu opieki nad pacjentem z chorobami przewlekłymi. Jednak koordynator miał się zająć w domyśle także tym, żeby aktywnie wydzwaniać pacjentki, bo tak naprawdę mówimy o tych dwóch programach, które są programami populacyjnymi, gdzie mamy określone interwały czasowe do realizacji i gdzie określona populacja powinna temu podlegać.

Oczywiście jest też program profilaktyki chorób układu krążenia i cala reszta, ale w założeniach funkcja koordynatora miała być związana między innymi z aktywnym informowaniem pacjentek i aktywnym dzwonieniem. A chcę przypomnieć, że podsta-

wowa opieka zdrowotna jest jedynym miejscem, gdzie pacjent domyślnie daje pełne uprawnienia do oglądania wszystkich swoich danych medycznych w momencie, kiedy składa deklarację do danej placówki. Czyli to jest miejsce, gdzie RODO nie będzie nam przeszkadzać. Nie będzie przeszkodą, ponieważ tu już na poziomie ustawy zapisaliśmy pełny dostęp lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do wszystkich danych pacjenta, bez żadnych upoważnień z jego strony niż tylko sam fakt, że złożył deklarację i tego lekarza, tę pielęgniarkę, tę położną wybrał. Tak więc to uda się zrobić.

30 lat temu kończyłem staż, panie profesorze. Długo już siedzę w systemie. Być może dłużej chciałbym siedzieć przy tym, przy czym jestem. Siedzę w Ministerstwie Zdrowia. Wydaje mi się, że rozumiem te wszystkie rzeczy. Nie jest to proste zrobić wszystko to, z czym mamy do czynienia w tej chwili, bo pragnę przypomnieć, że przy okazji tych spotkań o onkologii rozmawiamy, owszem, o programach profilaktycznych. Są one niezwykle istotne. W międzyczasie dochodzą rzeczy związane z neurologią, z kardiologią, ze wszystkimi innymi dziedzinami medycyny. Zapotrzebowanie na to, żeby zrobić coś porządnego, jakiś kompleksowy program czy coś takiego, jest gigantyczne i to w jakimś sensie też jest czynnik hamujący, bo jeżeli zbyt wiele rzeczy spotyka się w jednym miejscu, gdzie pracuje kilka osób, to trudno jest zrobić z tym cokolwiek.

Czy resort ma jakieś stanowisko odnośnie do wieści z 20 września 2022 r.? Zapytam resortu. Nie zdążyłem z nimi skonsultować tego. Pytanie jest zaskakujące, ale informacje są dość świeże. Na razie chcemy uruchomić to, co już powinno być uruchomione, i to jest nasza ambicja. Rozumiem, że wytyczne rozszerzają ten zakres. Bardzo długo trwały rozważania – też chcę przypomnieć – czy udostępniać w zakresie prostaty czy nie udostępniać, bo jak wiadomo, jest to program, który daje stosunkowo dużo może nie fałszywych, ale niepotrzebnych alarmów – tak to nazwijmy. To jest bardzo specyficzny nowotwór. Wiem, że są w tej chwili lepsze metody. Oczywiście będziemy to rozważać, ale nie udzielę panu już dzisiaj odpowiedzi wiążącej resort. Jestem urzędnikiem zbyt podłego szczebla, żeby móc w imieniu resortu deklarować jakiekolwiek stanowisko w tej sprawie bez uprzedniego skonsultowania.

Aha, WZW typu C – weszło od 1 lipca br. w POZ w ramach budżetu powierzonego. Co prawda tam jest zastrzeżenie, że ma to służyć do diagnostyki różnicowej, nie do screeningu. Screening zabiłby POZ w ramach budżetu powierzonego. Trzeba rozważyć inne wersje. Było parę przymiarek do tego zastanawiania się, właściwie czy to ma być screening, czy nie. Wrócimy do tematu, to obiecuję... Tak, jak wiem. Potem wyłania się tych wszystkich i potem leczenie jest, po pierwsze, proste, po drugie, dostępne, po trzecie skuteczne i po czwarte – o ile dobrze pamiętam – na przestrzeni kilku lat niesamowicie potaniało w stosunku do wyjściowych propozycji. Tak więc być może to jest ten moment, kiedy warto by było wrócić do tych rozważań. Przekażę odpowiedniemu departamentowi te myśli, bo rzeczywiście coś jest na rzeczy i warto to wszystko rozważyć.

Zawsze trochę się bałem tego badania jako badania przesiewowego, mówiąc szczerze. Być może niesłusznie. Mieliśmy swojego czasu – jak pan zapewne pamięta, panie profesorze – bardzo wąskie gardło, jeżeli chodzi o dostęp w zakresie WZW typu C. Było kilka województw, gdzie kolejki ustawiały się na wiele miesięcy, żeby to leczyć. Myślę, że te rzeczy szczęśliwie są już za nami, tym bardziej, że akurat w tym przypadku – w przypadku tego programu – był prowadzony centralny przetarg, jeżeli dobrze pamiętam, przez Narodowy Fundusz Zdrowia i to był jeden z czynników, które znacząco obniżyły te ceny. Być może warto po prostu usiąść jeszcze raz do przemyślenia tego wszystkiego i zastanowienia się, żeby to wyeliminować.

Co z pewnej perspektywy, nie mojej, może być problematyczne, jeżeli chodzi o tego typu programy – wydatki są już, korzyści w dalekiej, dalekiej przyszłości, a my ciągle jeszcze mamy troszkę ten syndrom krótkiej kołdry w całej opiece zdrowotnej... Nazwałbym to, panie profesorze, krótką kołdrą. To znaczy, że musimy znaleźć na rzeczy interwencyjne, jak to ładnie pan określił, i być może nie starcza nam na inwestowanie w naszą przyszłość, bo trudno jest pokazać zyski z czegoś takiego czy korzyści, które pojawią się teraz.

Oczywiście szczepienie przeciwko HPV wejdzie – to jest już deklaracja chyba wszystkich w resorcie zdrowia i wiadomo, że to wejdzie, ale też pamiętajmy, że to są dość duże pieniądze, które wydamy teraz, a efekty zobaczymy za 10–15–20 lat, nie wcześniej.

Prawda? Tak, przy krótkiej kołdrze to bardzo trudno jest zrobić, ale tutaj oczywiście jest niekwestionowany zysk z prowadzenia tego programu i to przecież nie jest sama szyjka macicy... Tak, wiem, wiem. W większości miejsc. To znaczy, powiedzmy sobie szczerze. To nie dlatego, że wprowadzono szczepienia, przyjeżdżają do nas się uczyć, tylko dlatego, że te programy profilaktyczne i podstawowa opieka zdrowotna rozumiana jako ten ginekolog, który zajmuje się zdrową pacjentką, funkcjonuje nieco lepiej niż u nas.

Na koniec chciałbym bardzo podziękować panu profesorowi za to wszystko, co powiedział na poparcie moich tez, bo ja do tych liczb doszedłem sam na podstawie tego, co miałem tutaj, łącznie z prywatną, i się okazuje, że one bardzo dobrze odpowiadają rzeczywistości. I właściwie rzeczywiście, to co powiedziałem na początku było uczciwe. To znaczy idealnie by było, gdyby jednak udało się całą tę profilaktykę przeprowadzić tam, gdzie być powinna, chociażby po to, żeby wreszcie przestać opowiadać o tym, że mamy tylko 15% pacjentek, które się poddają screeningowi, kiedy fakty mówią coś zupełnie innego, bo to trochę wstyd. To jest tak jak z liczbą lekarzy w statystykach unijnych. Nie wiem, skąd te liczby się wzięły, ale jeśli popatrzy się na najprostsze możliwe źródło, czyli na izbę lekarską i ich rejestr lekarzy, to tych lekarzy jest jakby trochę więcej niż w tych statystykach i jesteśmy w nieco innym miejscu. No ale to już zupełnie inna historia. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie dyrektorze. Dziękuję za spotkanie i chciałbym podziękować panu dyrektorowi za rzetelne, rzeczowe, merytoryczne odpowiedzi. Znając skromność pana dyrektora wiem, że wszystkiego nie mógł nam powiedzieć, ale proponuję państwu wykorzystanie możliwości drogi parlamentarnej. Proszę o skierowanie na moją pocztę czy na pocztę Komisji państwa pytań i ja – w sensie jakby uwiarygodnienia naszego spotkania – mam nadzieję otrzymać odpowiedzi z resortu zdrowia. Taką drogę też możemy przyjąć. Tak więc, bardzo proszę i serdecznie dziękuję za spotkanie. Myślę, że wszystkie te informacje dotrą do resortu, a jeżeli państwo chcecie jeszcze więcej, to służę swoją osobą i swoimi parlamentarnymi kierunkami.

Jeszcze raz serdecznie dziękuję i na tym zamykam posiedzenie podkomisji. Dziękuję bardzo.